

사고 마약류 등의 폐기 신청서

접수번호	접수일	처리기간	7일
------	-----	------	----

신청인 정보	업소명	허가종별
	연락처	전송(FAX)
	업소의 소재지	
	허가번호 ※취급자 허가를 받은 경우	취급승인번호 ※취급 승인을 받은 경우
	마약류취급자식별번호 ※마약류통합관리시스템 식별번호	

폐기 마약류 정보	연번	제품명	품목코드	제조번호 (사용기한)	최소유통단위	수량 (단위)	폐기사유

「마약류 관리에 관한 법률」 제12조제2항 및 같은 법 시행규칙 제23조제4항에 따라 위와 같이 사고 마약류 등의 폐기를 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

담당자 성명

담당자 전화번호

강동구보건소장

귀하

작성방법

품목코드 : 의료용 완제 마약·항정신성의약품의 경우에는 「의약품 등의 안전에 관한 규칙」 제69조제1항제9호에 따라 정한 의약품 표준코드를 적습니다. 다만, 마약류 원료 등 품목코드가 없는 경우에는 마약류통합관리시스템에서 부여한 품목코드를 적습니다.

첨부서류	없음	수수료	없음
------	----	-----	----